UNIVERSITE DE CAEN

FACULTE DE MEDECINE

Année 1975 N° 216

THESE POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Mr. CHOUBRAC Thiéry

Né le 20.06.1948 à CAMBRAI

présentée et soutenue publiquement le 26 MAI 1975

Titre de la thèse :

L'Interne en Psychiatrie

(Historique et Statuts).

Président : M. POILPRE Professeur.

UNIVERSITE DE CAEN

FACULTE DE MEDECINE

Année 1975 N°

THESE POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Mr. CHOUBRAC Thiéry

Né le 20.06.1948 à CAMBRAI

présentée et soutenue publiquement le .....

Titre de la thèse :

L'Interne en Psychiatrie

(Historique et Statuts).

Président : M. POILPRE Professeur.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

FACULTE DE MEDECINE

PROFESSEURS

MM.	EVRARD	Clinique chirurgicale A
	FABRE	Physiologie
	FERNANDEZ	Physique médicale
	FOUCAULT	Pathologie expérimentale
	GUIHARD	Pédiatrie
	LACROIX	Clinique et pathologie chirurgicale B
	LEMENAGER	Clinique médicale A
	LEVY	Clinique Obstétricale
	LHIRONDEL Jean	Clinique médicale infantile
	MOREL Claude	Bactériologie, Virologie
	MORIN	Séméiologie médicale
	OLIVIER	Clinique médicale B
	PHELINE	Anatomie
	POULAIN	Médecine opératoire
	ROUSSELOT	Anatomie pathologie
	SAVINI	Pharmacologie
	VALLA	Médecine générale et thérapeutique
	VILLEY	Clinique médicale C

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.	DROSDOWSKY	Biochimie médicale
	IZARD	Histologie et Embryologie
	POILPRE	Psychiatrie
	THERET	Histologie et Embryologie
	VENEZIA	Pédiatrie-génétique

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM.	ADAM	Neuro-chirurgie
	AUBRIOT	Orthopédie, traumatologie
	BAZIN	Thérapeutique, réanimation médicale
	BEUVE-MERY	Médecine interne
	BEZARD	Chirurgie générale
	DAVERNE	Electro-radiologie
Mle.	DENIZET	Radiologie
	DESCHAMPS	Dermatologie
	GAUBERTI	Médecine préventive et santé publique, Hygiène
	GIGNOUX	Chirurgie générale
	HOUTTEVILLE	Neurochirurgie
Mme.	LECACHEUX	Maladies infectieuses
	LECHEVALIER	Neurologie
	LECOQ	Ophtalmologie
	LEYMARIE	Biochimie médicale
	LOYAU	Rhumatologie
	MANDARD	Anatomie pathologie
	MOREL Pierre	Psychiatrie d'adultes
	MOULIN	Pharmacologie
	MULLER	Gynécologie, obstétrique
	POTIER J.C.	Médecine expérimentale
	POTTIER M.	Physiologie
	QUESNEL	Anesthésiologie
	THOMAS	Immunologie, hématologie
	VERWAERDE	Thérapeutique

A MONSIEUR LE PROFESSEUR POILPRE.

Il a accepté de présider cette thèse avec beaucoup de bienveillance tout en me laissant la liberté de choix et de travail.

Je l'en remercie vivement.

AUX MEMBRES DU JURY.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE MOREL.

Par l'accueil qu'il m'a réservé et l'approbation qu'il m'a fourni, je lui dois beaucoup pour l'option historique de ce travail.

J'apprécie sa culture de l'histoire psychiatrique et le ton qu'il sait donner à son évocation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE QUESNEL.

Il a accepté de juger cette thèse. Qu'il trouve ici l'expression de mes remerciements sincères.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANNE.

En m'accueillant dans son service il m'a permis d'éviter le mécanisme écrasant du rejet asilaire que je n'étais pas loin de subir.

Je l'en remercie dans la mesure où je pense que mon désir était de rester.

J'aime beaucoup ce que je crois être chez lui une profonde joie de vivre.

Qu'il trouve dans ce travail l'expression d'une sincère et amicale estime.

A MONSIEUR LE DOCTEUR POIRE.

En m'acceptant plus d'un an dans son service, il m'a fait connaître l'hôpital psychiatrique jusque dans ses rituels obsessionnels.

A MADAME LE DOCTEUR COULEON.

Elle m'a beaucoup aidé sans le savoir à choisir ce sujet de thèse. Sa présence et mon absence furent déterminantes quant à l'interrogation qui a engendré ce choix.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SIMON.

J'ai suivi son enseignement de psychopharmacologie pendant un an.

Il dit les choses essentielles avec bonheur et sans jamais professer.

Il sait donner à la relation enseignant - enseigné, une qualité rare.

Que cette thèse soit l'occasion de lui exprimer ma profonde admiration.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550818_0040

INTRODUCTION

Ce travail a été effectué à partir d'une interrogation essentielle à propos d'un vécu quotidien. Il est né de la difficulté que j'avais à me situer au sein d'un schéma médical classique dans le cadre d'un hôpital psychiatrique.

L'interrogation première et toujours présente était celle du rôle.

Je me suis aperçu bien vite qu'elle ne pouvait s'articuler qu'avec l'analyse concominante du rôle légalement institué c'est à dire du statut.

Il m'est de même apparu que ce statut ne pouvait être clairement appréhendé qu'en fonction de son historique.

Et quand tout cela fu explicitement distingué et prêt à être exprimé, beaucoup de temps était passé.

L'échéance était proche et il m'a fallu choisir entre une thèse tronquée par rapport à mon désir initial et l'absence momentanée de thèse.

Je reste beaucoup trop persuadé de la nécessité pour l'interne en psychiatrie, de posséder sa thèse pour pouvoir opter pour la seconde solution.

Dès lors, ce travail ne doit être considéré que comme un élément constitutif d'une élaboration secondaire concernant le statut et le rôle de l'interne en psyhiatrie.

C'est du moins la valeur principale que je lui accorde, hormis sa finalité statuairement productive.

Je lui reconnais un autre avantage cependant, celui de m'avoir fait prendre conscience du passé et ainsi que le dit M. GRESSOT :

> "La conscience du passé permet ainsi une décentration par rapport au moment présent, grâce à laquelle l'engagement responsable gagne en décision ce que le recul lui fait perdre en illusion."

PREMIER CHAPITRE

Hôpitaux, enseignement médical : aperçu historique.

FOLIE, HOPITAL, ENSEIGNEMENT
ENSEIGNEMENT, FOLIE, HOPITAL
HOPITAL, FOLIE, ENSEIGNEMENT
FOLIE, ENSEIGNEMENT, HOPITAL
ENSEIGNEMENT, HOPITAL, FOLIE
HOPITAL, ENSEIGNEMENT, FOLIE

Au delà du jeu combinatoire, l'interne en psychiatrie cerné par des mots ; au travers du jeu obsessionnel, le vécu de cet interne ; en deçà son historique.

En effet, la notion d'interne en psychiatrie ne peut se concevoir qu'en référence à ces trois démarches historiques que sont la reconnaissance médicale de la folie, la naissance de l'hôpital et l'élaboration de l'enseignement clinique en médecine.

Si c'est le couple Hôpital - Enseignement qui permet de dégager le concept d'interne, c'est la spécificité de l'objet traité -la folie- qui distingue l'interne en psychiatrie.

De la folie, nous ne dirons rien tant l'analyse de son repérage au travers du temps nous apparaît comme un objet dépassant nos moyens.

Restent les hôpitaux et l'enseignement médical.

Nous allons les envisager séparément pour faciliter la démarche de l'exposé et répondre à une réalité historique. Car la désunion (ou plutôt la non-union) de la faculté et de l'hôpital est une réalité qui ne prendra officiellement fin..... qu'en 1958.

Il n'est pas ici question de faire l'histoire des hôpitaux ou de l'enseignement médical, mais plutôt de dégager les grandes lignes de leurs évolutions respectives, afin de mieux situer l'histoire spécifique de l'interne.

LES HOPITAUX

Au début était l'oeuvre de charité et l'Eglise se trouvait à la tête de toutes les activités médicales. L'Evêque avait une place primordiale dans l'organisation des premiers hôpitaux qui recueillaient essentiellement des pauvres et des pélerins.

La protection sanitaire, l'aide médicale étaient reléguées au second plan, et jusqu'au XIIIe siècle, les médecins et les chirurgiens ne font pas partie du personnel hospitalier ; et quand ils interviendront ce ne sera au début, que très épisodiquement.

De même la notion d'hôpital service public ne s'imposera que peu à peu au cours de l'histoire.

C'est seulement au XVIe siècle que la Royauté s'adjuge un droit de surveillance générale sur tous les hôpitaux du royaume par l'intermédiaire de l'aumônier royal. Les officiers royaux remplacent peu à peu les évêques pour l'administration des hôpitaux et leur contrôle se fera sentir essentiellement sur le plan financier.

Le recrutement des malades devient également moins discriminatif puisqu'une loi sous Charles IX impose à l'hôpital l'obligation de recevoir tout malade qu'elle que soit son origine.

Mais aucune réforme globale n'est réellement entreprise avant la révolution.

Les actions restent surtout locales et si les médecins interviennent à l'hôpital, il semble que ce soit pour eux une activité bien secondaire par rapport à leurs activités médicales privées.

Ainsi, à la fin de l'Ancien Régime comme au Moyen-Age, les "établissements hospitaliers sont destinés à soulager toutes les infortunes, et à remédier autant sinon plus, à la pauvreté qu'à la maladie" (Imbert).

Ce n'est qu'après la Révolution que l'organisation hospitalière va évoluer radicalement.

Dès 1789, les municipalités contrôlent ou remplacent les anciens "bureaux". Mais c'est surtout sous la Convention que ce firent la laïcisation et la nationalisation des établissements hospitaliers. L'assistance remplace la charité. Le 16 Vendemiaire an V (7 octobre 1796) les hôpitaux sont soumis à la surveillance des administrations municipales. Le contrôle est donc local mais le pouvoir central intervient dès le Consulat par l'intermédiaire du maire (alors nommé par le Gouvernement) et de l'autorité préfectorale. A Paris, cette centralisation fut marquée par la création du Conseil Général des Hospices prédécesseur de l'Assistance Publique (créé en 1848) Le 4 Ventose an X (23 Février 1802) paraît le règlement pour le service de santé dans les Hospices de Paris, promulgué par ce Conseil Général. Ce règlement donne naissance à l'internat des hôpitaux de Paris, naissance que nous évoquerons plus en détail dans le chapitre suivant.

Et les hôpitaux psychiatriques ?

Bien qu'identique dans son essence, leur histoire comporte une spécificité suffisante pour qu'on l'envisage séparément.

Les auteurs s'accordent pour situer leur naissance au XVe siècle. Le premier établissement occidental connu avec certitude est celui de Valence fondé à l'instigation de Juan Gilaberto Jofré. Puis ce fut surtout au XVIe siècle qu'au travers de toute l'Espagne se créerent des asiles pour aliénés.

En 1540, Jean Ciudade fonde à Grenade un hôpital qui sera à l'origine de l'ordre de Saint Jean de Dieu. Les fous désormais ne seront plus chassés des villes, ils seront enfermés. L'hôpital remplace la Nef des fous. Le tableau de Bosch a vécu.

Partout en Europe la folie commence à être médicalement désignée. Cornélius Agrippa et surtout Jean Wier sont les premiers grands apôtres de cette médicalisation au détriment de la sorcellerie.

Cependant, si les asiles privés se multiplient (en France Charenton en I64I, la Charité de Senlis en I670) la plupart des aliénés reconnus comme tels sont enfermés à l'hôpital général créé à Paris par l'édit du 22Avril I656 et généralisé en I662 à tout le royaume. (création d'un établissement dans toutes les villes importantes).

Ces hôpitaux recueillent surtout les pauvres "de tous sexes, lieux et âges, de quelque qualité et naissance et en quelque état qu'ils puissent être valides ou invalides, malades ou convalescents, curables ou incurables."

L'hôpital général n'est pas un établissement médical bien qu'un médecin y soit le plus souvent attaché. Selon M. FOUCAULT, "il est une instance de l'ordre, de l'ordre monarchique et bourgeois qui s'organise en France à cette même époque. Il est directement branché sur le pouvoir royal."

L'hôpital général renferme tous les gens pauvres qui d'une façon ou d'une autre, dérangent le bon ordre de la société de l'époque. Et parmi ces gens les "insensés", les "gens en démence". Car si le renfermement était le même pour tous, la folie y était distinguée :

> "Il ne faut pas oublier que les insensés ont en tant que tels une place particulière dans le monde de l'internement.
> Leur statut ne se résume pas à les traiter comme des correstionnaires. Dans la sensibilité générale à la déraison, il y a comme une modulation particulière qui concerne la folie proprement dite, et s'adresse à ceux qu'on appelle, sans distinction sémantique précise, les insensés, les esprits

aliénés, ou dérangés, les extravagants, les gens en démence. Cette forme particulière de la sensibilité dessine le visage propre de la folie dans le monde de la déraison".

(M. FOUCAULT)

Si donc l'hôpital général n'était pas l'équivalent de l'hôpital psychiatrique actuel, il était le lieu où se retrouvait la plupart des aliénés :

"Les aliénés que Pinel trouvera à Bicêtre et à la Salpétrière, c'est à ce monde qu'ils appartenaient".

Tout au long du XVIIIe siècle, de nombreuses voix s'élevèrent contre cette confusion quant à l'internement entre fous et correctionnaires. Ainsi en 1776, le bureau d'administration des hôpitaux de Rennes signale à l'Intendant de Bretagne que "L'Hôpital de Saint Méen n'ayant été fondé dans l'origine, que pour y recevoir des passances et étrangers attaqués de la lèpre, c'est s'éloigner de son établissement que d'y admettre toutes sortes de personnes ; on vous prie en conséquence, Monsieur, de n'expédier aucune lettre de cachet à moins que ce ne soit des fous et des insensés".

Le désir de concevoir des asiles pour aliénés dans le cadre d'une politique d'assistance publique se développe de plus en plus. Colombier et Doublet en 1785 dans leur "Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison, dans les asiles qui leur sont destinés" souhaitent l'établissement d'un département destiné pour eux dans chaque dépôt de mendicité (dépôts qui avaient été fondé à partir de 1767).

Esquirol dans son mémoire de 1818 au Ministre de l'Intérieur, préconise des asiles régionaux.

Le 24 Vendéminaire an II, un décret exprime le souhait "que les aliénés puissent être soignés dans les asiles spécialement créés à leur intention".

Dans le rapport Camus au Conseil Général des Hospices (Fructidor an XI) il est dit que "le Conseil d'Administration des Hospices voudrait avoir à entretenir le public de maisons établies sous sa direction, uniquement pour recevoir les insensés, les traiter, les tenir en sureté, mais avec tous les adoucissements possibles à leur malheureux sort, lorsqu'ils sont jugés incurables : le conseil désirerait et il ne le peut pas".

Tous ces souhaits ne se réaliseront en effet qu'avec la loi de 1838. L'allocution du Ministre de l'Intérieur lors de la séance du 6 Janvier 1837 à la chambre des députés résume parfaitement la situation de l'époque, c'est pourquoi nous en citons un large extrait :

> "Messieurs, de graves et nombreuses difficultés s'élèvent depuis longtemps, relativement aux mesures que la situation des aliénés réclame de l'administration publique.
> Où placer ces infortunés, lorsque l'intérêt de leur traitement, leur sûreté personnelle celle d'autrui, l'ordre public, commandent de les isoler de leurs familles, de leurs relations habituelles, et de les soumettre à des précautions particulières de surveillance ? Où les placer, surtout quand leur interdiction n'est pas prononcée, ne peut pas l'être encore ? Où les placer, quand ils sont indigents ?
> Ici, la législation se tait, les règles manquent, les opinions divergent, des mesures contraires sont adoptées dans les différentes localités, les autorités sont incertaines.
> A Paris, les hospices s'ouvrent aux aliénés avec les seules formalités établies pour

l'administration des malades dans les hôpitaux. Dans la plupart des départements les établissements publics se refusent à les recevoir, les magistrats s'opposent à leur admission, à moins que l'interdiction ne soit prononcée. Les communes se montrant peu disposées à acquitter le prix de leurs pensions dans les établissements publics ; et, de leur côté, ces établissements ne consentent pas à se charger de cette dépense pour les aliénés étrangers aux villes qui les ont dotés. Au milieu de ces difficultés, les malheureux aliénés, tantôt sont jetés dans des cachots pour prévenir les dangers que leur divagation pourrait occasionner, tantôt sont abandonnés sur la voie publique, spectacle digne de pitié, qui offense à la fois l'humanité, l'ordre social et les bonnes moeurs.

On invoque de toutes parts une loi qui mette fin à cet état de choses. Les magistrats, les administrateurs, les établissements publics, les familles, les médecins la demandent. Plusieurs fois les conseils généraux de département l'ont appelée de leurs voeux ; elle a été, à diverses reprises, provoquée par les Chambres ; dans la dernière session, la loi de finances l'a expressément nécessitée pour 1837.

Le Gouvernement vient satisfaire à ce devoir. La loi est importante, elle est difficile, tous les soins ont été apportés à sa préparation".

Pour répondre à ces préoccupations, la loi de I838 stipule que chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département

C'est cette loi de I838 qui est à l'origine du développement du système asilaire en France.

Les aliénés ont désormais leur place dans des hôpitaux spécifiques dont le premier règlement général du service d'intérieur paraîtra le 20 Mars I857. Ce règlement que nous étudierons plus longuement au cours du troisième chapitre, précise l'existence et le rôle de l'interne à l'intérieur de l'asile.

L'ENSEIGNEMENT MEDICAL.

Comme pour les hôpitaux, ce fut de la tutelle du Clergé que se dégagea petit à petit l'enseignement de la médecine.

C'est au XIIIe siècle que furent créés en France les premières facultés de médecine : Montpellier en I220, Toulouse en I229, Paris en I253.

Le cursus médical se faisait alors en trois étapes : le baccalauréat, la licence et le doctorat. Les épreuves comportaient des examens et des thèses. L'enseignement était surtout magistral et oral.

A partir du XVe siècle et plus encore du XVIIe siècle, les livres se multiplièrent. Mais la caractéristique majeure restait la pauvreté de l'enseignement pratique. Il y avait bien de ci, de là, des cours de botanique "sur terrain", des leçons d'anatomie avec squelette et parfois même cadavre.

Mais l'essentielle absence était celle de la clinique.

Des expériences ponctuelles furent tentées pour élaborer cet enseignement, mais jamais elle ne revêtirent un caractère officiel dans le cadre de la faculté.

A cette formation des médecins, il convient d'opposer celle des chirurgiens.

Il existait en effet jusqu'à la fin du XVIIIe siècle une différence absolue entre médecins et chirurgiens ces derniers d'ailleurs ne constituaient pas un corps cohérent. Ainsi, au terme de la période médiévale, on distinguait deux catégories de chirurgiens : les barbiers chirurgiens de robe courte et les chirurgiens de robe longue. Les premiers ne recevaient aucun enseignement magistral alors que les seconds avaient une certaine instruction théorique (bien qu'inférieure à celle des médecins). Mais en I660 Louis XIV réunit tous les chirurgiens en une seule corporation.

A cette époque, médecins et chirurgiens étaient de classes très différentes ; les premiers méprisaient les seconds et les dominaient hiérarchiquement. Cependant, en I731 la fondation de l'Académie Royale de Chirurgie permet aux chirurgiens d'acquérir un statut plus enviable.

En I794, la création des Ecoles de Santé mettra fin à cette scission : chirurgiens et médecins seront réunis.

Cette opposition entre médecins et chirurgiens évidente au niveau du statut était tout aussi présente au niveau de la formation.

Si l'étudiant en médecine poursuivait des études uniquement théoriques, le chirurgien se formait avant tout par la pratique. Il n'est donc pas étonnant que les précurseurs des internes furent des élèves chirurgiens. Nous en reparlerons plus abondamment dans le chapitre suivant.

L'enseignement clinique, base de la formation chirurgicale, était pratiquement inexistant dans le cursus médical. Cette lacune était soulignée dès le XVIè siècle. En 1565 Pierre Ramus lecteur au collège Royal dénonçait à Charles X l'insuffisance de la formation pratique des étudiants parisiens et "réclamait une organisation qui ferait des médecins comme elle en fait à Montpellier et dans toutes les écoles de médecine d'Italie".

En effet, en Italie du Nord, Giovanni Battiste Da Monte inaugura un tel enseignement à l'hôpital San Francesco De Padoue. A Montpellier, au terme des statuts de 1239, les étudiants devaient justifier d'un stage clinique d'au moins six mois.

C'est surtout au XVIIIè siècle que l'idée d'un stage régulier dans un hôpital se généralise dans plusieurs pays. Ce furent les Ecoles de Leyde avec Herman Boerhaave, de Vienne avec Gerhard Van Swieten, d'Edimbourg avec Alexander Monto.

En France hormis Montpellier déjà cité, quelques hôpitaux de province ouvrirent leurs portes pour un enseignement clinique. Il faut nommer Strasbourg, Avignon, Angers.

A Paris, il y eut des précurseurs : Louis Desbois de Rochefort qui, de 1780 à 1788, offre un enseignement clinique bénévole à la Charité ; Pierre Desault à l'Hôtel Dieu dirigea une "Ecole de Chirurgie Pratique" à partir de 1787.

C'est après la Révolution de 1790 que la Société Royale de Médecine lance une grande enquête "sur la manière de perfectionner l'enseignement et la pratique de l'art de guérir".

Le "nouveau plan de constitution po r la médecine en France" qui expose les résultats de cette enquête fut présenté le 25 Novembre 1790 à l'Assemblée Nationale par Vicq d'Azur. Dans ce plan la nécessité de réunir les écoles

de chirurgie à celles de médecine est affirmée non sans un certain lyrisme :

> "Pourquoi séparer jusqu'à la racine les branches d'un arbre qu'on affaiblit en le déchirant ? Pourquoi deux ordres de collèges ? Pourquoi deux sortes d'académies ? Qu'une fête solennelle nous rassemble ; que de vastes amphithéâtres suffisent à peine pour contenir nos élèves ; que dans nos laboratoires et dans les hôpitaux, ils se disputent les emplois par le travail et par l'étude, et que le public, si longtemps fatigué de nos querelles, jouisse enfin des fruits de la concorde qui doit nous unir pour toujours".

Vicq d'Azur préconise également l'instauration d'un enseignement clinique.

> "L'enseignement dont nous exposons le projet ne peut être placé que dans les hôpitaux ; car c'est en quelque sorte plus par les yeux que par les oreilles qu'on doit instruire les élèves dans ce genre ; il faudrait autant que possible y établir deux professeurs de médecine et de chirurgie cliniques".

Après cette citation comment ne pas évoquer "le grand mythe d'un pur Regard et qui serait pur Langage : oeil qui parlerait" de M. Foucault. Car en effet la clinique est avant tout un regard qui par la suite élabore un discours chargé d'enseignement. Et c'est bien cet enseignement intriqué au domaine hospitalier comme support nécessaire qui façonne le concept d'interne. Il nous suffit de revenir à Vicq d'Azur :

"Il serait facile d'admettre dans les hôpitaux les candidats à titre d'élèves internes, de les y loger, de les y nourrir, sans nulle augmentation de dépenses pour les bâtiments, sans aucun établissement nouveau ou particulier. Il y aurait en même temps de plus grandes facilités pour l'instruction.....
Or les élèves admis dans les hôpitaux participeraient au traitement des malades; il les soigneraient ; ils passeraient leur vie au milieu d'eux".

Enseignement clinique-internat les liens de réciprocité sont ici bien explicites.

Pinel dans un manuscrit "Projet de réforme de l'enseignement de l'art de guérir" insiste également sur la nécessité de l'enseignement clinique :

"Le vrai moyen d'empêcher une certaine ostentation dogmatique et professoriale qui cherche moins à instruire la jeunesse qu'à étonner et à surcharger vainement sa mémoire, c'est de faire marcher d'un pas égal la théorie et la pratique et de placer l'enseignement de l'art de guérir dans des lieux qui fixent sans cesse l'esprit par des images sensibles. On voit sans peine que nous parlons de petits hôpitaux qui seraient tenus avec propreté et avec soin extrême et qui deviendraient en même temps des asiles pour l'humanité souffrante et des sources d'une instruction solide pour ceux qui se consacrent à la soulager".

De même Pinel désirait réunir les écoles de chirurgie à celles de médecine.

"Tout annonce donc la nécessité de réunir l'enseignement des deux grandes branches de l'art de guérir dans les établissements désignés sous le nom de collèges iatriques".

Cet enseignement clinique ne fut en fait matérialisé que par l'abolition des vieilles institutions et la création des Ecoles de Santé.

L'Assemblée Législative prononça la dissolution des facultés de médecine le 18 Aout I792.

La Convention Nationale supprima l'Académie de Chirurgie le 8 Aout I793.

Le 7 Frimaire an III (27 Novembre I794) Fourcroy présente un "rapport et projet de décret sur l'établissement d'une Ecole Centrale de Santé à Paris".

Dans ce rapport, il reprend les mêmes thèmes que Vicq d'Azur mais qui sont alors bien plus urgents à la suite de la dissolution des anciennes institutions, et de la nécessité d'un recrutement immédiat pour le service de santé des armées.

"La nécessité d'organiser promptement des cours d'instruction sur l'art de guérir pour former des hommes qui manquent à nos armées, offrent à la Convention l'heureuse occasion de créer une partie de l'enseignement qui n'a jamais été que tronquée et incomplète en France.....
Les leçons de l'expérience au lit des malades étaient en vain réclamées ; jamais on a rempli à cet égard, le voeu des hommes éclairés".

L'urgence était en effet telle que quelques jours plus tard paraissait le décret portant établissement de trois Ecoles de Santé (14 Frimaire an III - 14 Décembre 1794).

L'article 8 de ce décret nous apprend que les écoles de chirurgie situées à Paris, à Montpellier et à Strasbourg sont supprimées et refondues avec les nouvelles Ecoles de Santé.

Quant à l'article 4, il nous dit que les élèves "observeront la nature des maladies au lit des malades et en suivront le traitement dans les hospices voisins des Ecoles".

Le plan général de l'enseignement dans l'Ecole de Santé à Pairs daté du 12 Pluviose an III (31 Janvier 1795) planifie l'instruction de façon détaillée. On y apprend que l'enseignement clinique était réparti en trois classes selon les élèves : les commençants, les commencés et les avancés. Cela correspondait à la clinique externe, la clinique interne et la clinique de perfectionnement.

En ces quelques années de la fin du XVIIIè siècle, l'enseignement de la médecine se restructure donc totalement autour d'une démarche nouvelle : l'observation clinique ; observation clinique qui "suppose l'organisation de deux domaines qui sont conjugués entre eux : le domaine hospitalier et le domaine pédagogique." (M. Foucault).

En introduction, nous avions situé le concept d'interne comme lieu de rencontre entre hôpital et enseignement ; nous pouvons préciser en guise de conclusion que c'est la naissance de la clinique qui lui a permis d'exister réellement le 4 Ventose an X.

DEUXIEME CHAPITRE

Historique de la notion d'interne

Après les historiques de l'hôpital et de l'enseignement médical, nous allons aborder de façon plus spécifique l'historique de l'interne qui empreinte aux deux autres les éléments essentiels de sa constitution.

> "La nécessité d'un enseignement par la pratique elle-même, était-elle aussi très largement reconnue : la visite des hôpitaux par les apprentis médecins était chose acquise ; et il arrivait que certains d'entre eux achèvent leur formation dans un hôpital où ils vivaient et exerçaient sous la direction d'un médecin".

Quand Michel Foucault parle de la sorte, il s'en réfère aux apprentis chirurgiens plutôt qu'aux apprentis médecins.

Nous avons vu dans le chapitre précédent que les chirurgiens se formaient par la pratique avec uns instruction théorique bien faible voire inexistante. Ce sont ces apprentis chirurgiens qui furent les premiers précurseurs connus des internes.

L'histoire de l'Hôtel-Dieu de Paris nous apprend qu'en 1613 l'administration décida que désormais le maître chirurgien de l'établissement ainsi que cinq garçons destinés à l'aider seraient logés dans ses murs. Il semble que ce soit là, les premiers internes au sens exact du terme. Ce sont les compagnons chirurgiens. Assez rapidement leur nombre ne suffit plus à leur tâche et c'est à ce moment qu'on vit apparaître les externes qui aidaient les compagnons chirurgiens et le maître chirurgien.

En 1655, un règlement fixe la tâche et définit les devoirs des compagnons chirurgiens. Nous reproduisons ici intégralement les vingt trois articles de ce règlement cités dans la thèse de Raymondaud.

" I .- A cinq heures précises sortiront de chez leur maistre et à cinq heures et demie commenceront à penses les blessez, que le maistre chirurgien leur aura donné et mis en main.

II .- Ils auront leurs appareils prest du jour de devant, lesquels ils feront eux-mêmes et ne les laisseront faire par autres, soit pensionnaires en externe, et seront faits dans la chirurgie et non ailleurs.

III .- Qu'ils penseront leurs blessez eux-mesmes, avec un soin très particulier, grande charité, douceur et affection, et n'en obmettront aucuns de ceux qui leur sont donnez à penser et ne s'absenteront ausdites heures auxquelles ils doivent penser les mallades des salles ausquelles ils sont commis pour travailler souz couleur que les pensionnaires ou externes suppleroient à leurs défauts.

IV .- Après avoir pensé leurs blessz, rapporteront tous leurs appareils dans la chirurgie comme aussy les réchaux, après qu'ils auront jeté

le feu dans les cheminées des ofices et ne laisseront rien traîner dans les salles.

V .- Que s'il arrive, comme il est assez fréquent, que les sieurs Petit Maistre chirurgien ou Angot, passent quelques opérations, dissections ou ouvertures de corps, comme ils le doivent faire alternativement, lors les compagnons après avoir pensé leurs mallades et blessez s'y pourront trouver pour veoir, entendre et apprendre les enseignements qui leurs seront donnez par lesdicts sieurs Petit et Angot, pour cognoistre d'où peuvent provenir les causes du mal dont il s'agira.

VI .- Après, ceux qui seront de garde ou qui auront soin de tenir les lieux de la chirurgie nettement, pourront aller estudier et ne laisseront rien trainer en icelle, enfermeront les médicaments, onguent et autres drogues dans leurs armoires, sous la clef, pour empescher que la poussière et ordure ne s'amassent sur lesdicts médicaments.

VII .- A onze heures, lorsque la cloche sonnera, se rendront tous au réfectoire pour disner.

VIII .- Après disner iront faire les seignées du bras, pieds, ventouses et autres ordonnances des médecins et maistre chirurgien, qu'ils observeront ponctuellement et obéiront aux ordres, dudit maistre chirurgien auquel ils porteront l'honneur et le respect qu'ils doivent à un maistre.

IX .- A deux heures précisément commenceront à penser les mallades jusqu'à quatre heures et demie, avec le mesme soing et ordre cy devant prescrit.

X .- Après ces choses faites iront en la chirurgie faire leurs appareils pour le lendemain matin et n'y aura autres personnes dans ladite chirurgie que lesdicts compagnons, à ce que ce soit eux mesmes qui préparent leurs dits médicaments et emplastres, et qu'estants faits, ils les resserrent dans l'armoire proprement.

XI .- Qu'ils feront et prépareront les cataplasmes eux mesmes et ne les laisseront pas faire par les mallades ny par aultres.

XII .- Que les bassins dans lesquels sont lesdicts cataplasmes ne traineront par les salles, ains seront portez et serrez dans la chirurgie, et chacun compagnon les nettoyera à son tour.

XIII .- Qu'après, ceux qui seront de garde pour les mallades iront à leur garde de semaine.

XIV .- A six heures, lorsque la cloche sonnera, se rendront pareillement tous au réfectoire pour souper.

XV .- A l'issue de souper chacun ira dans son office, pour faire les seignées et autres remèdes ordonnez par les médecins et chirurgiens, et quand il n'y en aurait point, ils ne laisseront point aller voir en quel estat sont leurs blessez et penser ceux qui aurant esté ordonnez du maistre trois ou quatre fois, s'en trouvant de cette nature et qualité.

XVI .- Que les pensionnaires ny externes ne toucheront ni ne penseront aucuns mallades, si ce n'est pas l'ordre du maistre chirurgien.

XVII .- Que défenses sont faites à tous les compagnons de transporter aucuns onguent hors de la chirurgie d'en laisser sur les tablettes des lits des mallades, et de leur en tailler, pour en faire des emplastres.

XVIII.- A huit heures préciser se trouveront chez leur maistre depuis la Saint Rémy jusques à Pâques et depuis Pâques à la Saint Rémy à neuf heures.

XIX .- Ne sera reccu de compagnon chirurgien qu'il n'ait esté examiné exactement par les médecins et chirurgiens, et qu'ils n'ayent l'age de dix hui à vingt ans.

XX .- Ne pourront lesdicts compagnons chirurgiens demeurer plus de quatre ans dans ladite maison à s'emploier continuellement au service des mallades et blessez selon qu'il est ordonné cy-desaus.

XXI .- Ne pourront avoir aucune practique en ville, pour quelque prétexte que ce soit, mais si cela est sceu, seront congédiez.

XXII .- Leur sera demandé, lors de la réception , s'ils se peuvent entretenir les quatres années durant, afin qu'ils puissent servir actuellement les pauvres et qu'ils puissent prétendre aucune réccompense d'eux.

XXIII .- Il leur est enjoint de garder la paix, et ce cas qu'il leur arivast quelque différent, ils auront recours au maistre chirurgien pour les accorder."

Les notions de garde (article VI), de contre-visite (article XV) , d'interdiction de pratique médicale en ville (article XXI), de fonctions temporellement limitées à quatre ans (article XX) forment déjà la trame du rôle de compagnon chirurgien, Et, si la forme de réglement (c'est-

à-dire les modalités de l'exercice médical) a évolué au cours des temps, le fond quant à lui, s'est perpétué.

Il est aussi important de noter combien la hiérarchisation des pouvoirs était déjà présente : les médecins, le maître chirurgien, le gagnant maîtrise, les compagnons chirurgiens, les externes et les pensionnaires.

Le "règlement pour les chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Paris" de I663 nous permet de mieux cerner les rapports réciproques entre toutes ces fonctions.

Les médecins ordonnaient : 'lorsqu'il y aura des trépans, amputations ou autres opérations considérables à faire, elles seront ordonnées au moins par trois médecins et faites en présence de l'un deux".

Le maître chirurgien exécutait : "et le maistre chirurgien qui devra opérer prendra l'heure du médecin ainsi qu'il convient".

Le gagnant maîtrise sous l'autorité du maître chirurgien donnait les ordres aux compagnons chirurgiens qui eux-mêmes supervisaient les pensionnaires et externes :"Les maistres chirurgiens auront le soin de distribuer et donner aux compagnons les externes et pensionnaires pour travailler sous eux et dans leurs rangs, et les compagnons distribueront ausdits externes et pensionnaires les moins malades de leurs rangs, et verront exactement ceequ'ils feront, affin qu'ils puissent rendre compte aux maistres de tous les malades de leurs rangs et les maistres auront l'oeil sur tous".

Même au sein des douze compagnons de l'Hôtel Dieu le règlement de I663 envisageait des relations de subordination en particulier au moment des gardes :"Il y aura aussy toujours deux des douze compagnons de garde par semaine, à commencer par le premier et le dernier, puis le second et le onzième et ainsi de suite .....

Le dernier receu se lévera toujours le premier et si le cas le requiert, il viendra faire lever son camarade".

Détail intéressant, si les deux compagnons chirurgiens de garde, en l'absence du maître chirurgien, éprouvent quelques difficultés. "Ils en confréreront avec la mère d'ofice ou quelque ancienne et non autrement". Détail intéressant car il montre que la réfèrence à ce que l'on pourrait appeler par anticipation sémantique un savoir infirmier est non seulement reconnue mais possède un caractère d'obligation.

Les compagnons, externes, pensionnaires avaient donc un rang bien défini, et afin que cela soit de tous discernable, le règlement prévoyait que "les dits douze compagnons seront distinguez dans le service des autres chirurgiens par le tablier blanc qu'ils porteront et les externes et pensionnaires du maistre chirurgien en porteront un noir qui sera à eux, avec cette distinction que celui du pensionnaire sera renoué d'un ruban rouge".

En ce qui concerne le recrutement des compagnons chirurgiens, il se faisait au début sans examen mais assez rapidement l'accession à cette fonction devint plus stricte ainsi que le stipule l'article XIX du règlement de I655. Le texte de I663 nous fournit de plus amples détails quant aux modalités administratives de cet examen :

> "L'examen se fera tous les premiers mardis de chaque mois, s'il n'est point feste, en la chambre, et en la présence de Monsieur l'Administrateur résidant dans l'Hôtel Dieu et d'un des Messieurs du Bureau nommé à cet effet, et s'il est feste, sera donné un autre jour par lesdits administrateurs.

Pour parvenir audit examen, celuy qui désirera le subir, présentera sa requeste au Bureau à cet effet, laquelle sera répondue et signée, et après l'examen, le jugement qui sera fait de sa capacité, sera écrit au bas de ladite requeste et signée des dits administrateurs présens ou du moins de l'un d'eux et de Messieurs les médecins et chirurgiens".

Les critères de jugement de la capacité du candidat ne sont pas formulés dans ce texte. Nous n'avons pas non plus de notions très précises concernant le nombre de sujets postulant à la fonction de compagnon.

Ce qui est certain, c'est que les places étaient limitées et que les attributions des compagnons chirurgiens étaient extrêmement détaillées, multiples, et ..... contraignantes.

Un siècle plus tard, en 1749, un règlement sur le service chirurgical de l'Hôtel-Dieu confirme les dispositions antérieures ci-dessus décrites. En 1771 cependans le bureau de l'Hôtel-Dieu prévoit la nomination d'un médecin résident. Mais en fait, l'extension des fonctions d'interne au niveau de la médecine ne se fera qu'après 1789.

Vicq d'Azur dans son rapport du 25 Novembre 1790 préconise, comme nous l'avons déjà dit, l'admission d'élèves internes dans les hôpitaux. Le principe du concours y apparaît même :

"Il faudrait que dans les hôpitaux s'ouvrit tous les ans un concours pour un certain nombre de places, où les élèves les plus méritants du Royaume seraient admis pendant un certain temps".

Cependant, plus loin dans le chapitre concernant l'organisation des hôpitaux, Vicq d'Azur parle des élèves en ces termes :

> "Les élèves attachés à l'hôpital seraient choisis parmi les étudiants qui auraient subi les examens de théorie, tant sur les sciences préliminaires que sur les sciences directes. Ils seront nommés, tous les ans, par les juges des examens, qui choisiront ceux qui auront paru les plus instruits".

Concours hospitalier indépendant de l'université ou sélection au cours du cursus universitaire, le recrutement des élèves internes n'est pas encore cohérent au niveau de ce projet. Les fonctions de ces élèves internes sont par contre très nettement définies :

> "Les fonctions seront :
>
> I° - de surveiller les salles, d'avoir soin que les ordonnances s'exécutent, et de tenir les feuilles de visites et les registres d'observations.
>
> 2° - de pratiquer les opérations chirurgicales auxiliaires.
>
> 3° - de préparer les remèdes sous la direction de l'apothicaire en chef.
>
> 4° - de faire les opérations et
>
> 5° - les recherches anatomiques et chimiques qui auront été recommandées par le médecin ou le chirurgien de l'hôpital.

Ces différentes attributions sont reprises par la suite avec un luxe de détails qui n'est pas sans rappeler..... les règlements de l'Hôtel-Dieu de I655 et I663.

L'article 13 du décret portant établissement des trois écoles de santé (14 Frimaire an III) apporte un élèment nouveau, celui de la rétribution de l'élève interne : "Les élèves recevront chaque année un traitement égal à celui des élèves de l'Ecole Centrale des Travaux Publics".

Le règlement pour l'Ecole de Médecine de Paris paru le 14 Messidor an IV (2 Juillet 1796) reprend ces différentes notions dans les articles suivants :

- article II - Il y aura dans chaque hospice de clinique des élèves salariés dont le nombre relativement à celui des lits, sera déterminé par l'école de santé, ils seront proposés par les professeurs, agréés par l'Ecole et nommés par la Commission.
- article 12 - Dans les cas extraordinaires où le nombre des élèves attachés à un hospice se trouverait insuffisant, les professeurs seront autorisés à leur adjoindre momentanément ceux des élèves attachés à l'hospice qu'ils jugeraient propres à ce genre de service.

  article 13 - Les fonctions des élèves attachés aux hospices de clinique seront : d'écrire le cahier de visite, de veiller à l'administration des remèdes et à la distribution des aliments, de rendre compte au professeur de l'effet des uns ou des autres, de tenir le journal des malades, d'enregistrer les observations dans l'ordre et la forme que le professeur déterminera, de recueillir chaque jour les observations météorologiques , d'administrer tous les

secours manuels prescrits par les professeurs enfin, de les aider dans les ouvertures de cadavres et de poursuivre les dissections et les recherches qu'ils leur prescriront".

Le règlement est donc très précis quant au mode de recrutement : il se fait par l'Ecole de Santé.

Pourtant, deux ans plus tard, en I798, le Ministre de l'Intérieur demande des précisions "sur les avantages et les inconvéniants du concours pour l'admission des élèves internes dans les hospices".

Une commission composée de Thouret (Directeur de l'Ecole de Santé de Paris), Pelletan et Boyer préconise le choix du concours:

"Il ne peut y avoir aucun doute sur ce point".

Et c'est en I802 comme nous l'avons déjà signalé que le Conseil Général des Hospices créa l'internat et son concours.

TROISIEME CHAPITRE

L'interne en psychiatrie

Historiquement la notion d'interne en psychiatrie ne diffère pas fondamentalement de la notion d'interne en général si ce n'est par le lieu d'exercice.

L'élève interne en médecine dans les Hôpitaux Psychiatriques n'apparaitra donc officiellement qu'avec la création des Ecoles de Santé le 14 Frimaire an III.

A Paris, nous retrouvons les élèves internes à Bicètre et à la Salpétrière, mais également à la Maison de Charenton.

L'arrêté du 27 Prairial an V qui décidait la réouverture de cette Maison deux ans après sa fermeture précisait dans son article 5 :

" Il sera attaché au service de l'établissement un économe, un médecin et deux élèves, l'un en médecine, l'autre en chirurgie".

En I8I4, dans cette même maison de Charenton était promulgué un règlement approuvé par le Ministre de l'Intérieur, texte qui fut un des tous premiers règlements intérieurs d'hôpital psychiatrique. Il prévoyait 4 postes d'élèves en médecine.

Les attributions de ces élèves préfiguraient celles que l'on retrouvera dans le règlement de I857.

Ils devraient suivre la visite journalière du médecin chef, tenir le cahier de visite dans lequel étaient consignés les traitements médicamenteux et les changements de régime alimentaire.

Ils pouvaient ordonner en dehors des visites les traitements qu'ils jugeaient utiles mais devaient en avertir le médecin chef lors de la visite suivante.

Ils devaient être présents chaque fois que la douche était administrée et avaient pour tâche de rédiger les observations.

Ils assistaient aux autopsies des malades décédés ou les effectuaient sous la surveillance du médecin chef.

Ils assumaient une garde de 24 H à tour de rôle et faisaient une contre-visite tous les soirs dans les quartiers.

Ils résidaient à l'intérieur de l'établissement et ne pouvaient s'absenter que sur autorisation du médecin et sur permission du Directeur.

Les élèves internes étaient nommés par le Directeur sur présentation du médecin chef et devaient se prévaloir de 12 inscriptions à la Faculté.

On retrouve dans plusieurs hôpitaux psychiatriques de l'époque des règlements intérieurs similaires avec la présence ou non du chapitre concernant les internes suivant l'importance de l'établissement et son appartenance ou non à une ville universitaire.

Mais c'est le 20 Mars 1857 qu'apparaît le premier règlement type du service intérieur des asiles publics d'aliénés.

Au sein de ce règlement deux chapitres nous intéressent particulièrement : la section VIII concernant le service médical avec les articles 52, 54 et 55 et la section XIII réservée aux élèves internes de l'article 88 à l'article 94.

Nous reproduisons ci-dessous ces différents articles :

Art. 52 .- Le personnel du service médical est composé ainsi qu'il suit :

1. Un médecin en chef
2. Un médecin adjoint
3. Un chirurgien
4. Un pharmacien
5. Un ou plusieurs élèves internes.

Art. 54 .- Les élèves internes sont nommés par le Préfet, sur la présentation du Directeur et du médecin chef ; ils doivent être âgés de 21 Ans au moins et avoir au moins dix inscriptions.

Art. 55 .- Le Directeur et le médecin en chef peuvent demander au Préfet la révocation des élèves internes.

Le directeur, lorsque la révocation est demandée par le médecin en chef, et le médecin en chef, lorsqu'elle est demandée par le directeur, sont appelés à donner leur avis.

La commission de surveillance est toujours entendue.

Art. 88 .- Les élèves internes secondent le médecin en chef et le médecin adjoint.

Art. 89 .- Ils restent en exercice pendant trois ans. Ils peuvent se faire recevoir docteurs en médecine dans cet intervalle, sans être forcés de renoncer à leurs fonctions.

Une prolongation de la durée de l'internat pour une ou plusieurs années peut être accordée par le préfet, sur la demande du directeur et du médecin chef.

Art. 90 .- Le service des élèves internes est quotidien et périodique.

Art. 91 .- Le service quotidien comprend :

1° - L'assistance à la visite du matin.

2° - La tenue des cahiers de visite, du cahier de la pharmacie et du cahier des notes pour les observations.

3° - Les pansements.

4° - La rédaction des observations individuelles. La répartition de ces obligations entre les internes est réglée par le médecin-en-chef.

Art. 92 .- Le service périodique comprend :

1° - Le service de garde pendant 24 Heures.

2° - L'administration des médicaments dangereux.

3° - L'administration des douches et la surveillance des bains d'affusion.

4° - L'exécution des prescriptions médicales qui ne peuvent être confiées aux infirmiers et aux infirmières.

5° - L'assistance à la visite du soir.

6° - La constatation des décés.

Art. 93.- Chacun des internes est chargé, à tour de rôle, du service périodique.

L'interne de garde ne peut se faire remplacer par un autre interne que sur l'autorisation écrite du médecin en chef, approuvée par le directeur.
Sous aucun prétexte il ne peut sortir de l'enceinte de l'établissement pendant la durée de la garde.
De ..... heures du matin à .... heures du soir, il séjourne dans la salle de garde, et de ..... heures du soir à la visite du lendemain, dans sa chambre.
S'il vient à sortir de la salle de garde ou de sa chambre, il indique sur un tableau à ce destiné le lieu dans lequel il s'est rendu.

Art. 94 .- L'interne de garde est appelé à donner les premiers secours aux malades en cas de besoin ; mais il lui est interdit de prescrire des douches et des bains d'affusion : la prescription en est exclusivement réservée aux médecins.
Toutes les fois qu'un accident grave se présente il est tenu d'en faire immédiatement avertir le médecin en chef et le directeur.

Ce règlement type sera par la suite modifié soit par des adaptations locales (ce sera le cas des asiles de la Seine), soit par des révisions globales ou partielles en 1938, 1963 et 1969.

Plutôt que d'étudier chacun de ces textes en entier nous allons entreprendre un travail plus analytique sous deux grandes rubriques : l'évolution du recrutement et l'évolution des attributions de l'interne.

EVOLUTION DU RECRUTEMENT :

Nous avons vu que le règlement intérieur de 1814 de la Maison de Charenton stipulait que les élèves internes étaient nommés par le directeur sur la présentation du médecin chef et qu'ils devaient se prévaloir de 12 inscriptions à la Faculté.

Ce mode de recrutement local déterminé par le règlement intérieur de chaque établissement était entériné sur un plan national par l'ordonnance du 18 Décembre 1839 qui précisait dans son article 3 du titre premier que "les élèves attachés aux établissements d'aliénés seront nommés pour un temps limité selon le mode déterminé par le règlement sur le service intérieur de chaque établissement.

Ce n'est qu'en 1857 avec l'article 54 déjà cité que le mode de recrutement devenait semblable dans tout établissement avec, élément essentiel, l'intervention du Préfet chargé de la nommination.

Le choix se faisait donc au niveau du médecin chef et du directeur parmi une population d'étudiants ayant au moins dix inscriptions et un âge minimum de vingt et un ans.

Ce minimum de dix inscriptions a été rapidement estimé insuffisant. Ainsi les inspecteurs généraux dans leur rapport de 1874 souhaitaient que les candidats aient douze inscriptions et un âge minimum de vingt deux ans. De même disaient-ils, "le recrutement des internes laisse encore beaucoup à désirer sous le rapport du choix

Très souvent ces candidats ne faisaient que passer dans les asiles d'aliénés et se désintéressaient complètement de la psychiatrie ceci malgré les recommandations de la circulaire du 20 Mars 1857 accompagnant la promulgation du décret de la même date.

Le Ministre de l'Intérieur dans cette circulaire précisait :"l'internat doit être considéré dans ces établissements comme le commencement d'une carrière. Il importe donc de ne l'ouvrir qu'à des jeunes gens laborieux capables et dignes de la parcourir sous les auspices et avec l'appui de l'administration".

Ces critiques ne sont pas limitées aux seuls asiles recrutant leurs internes par le choix, puisque le Docteur Girard de Cailleux disait en 1863 à propos des internes dans les quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpétrière, (recrutés par le concours de l'internat des hôpitaux de Paris) :

> "Ils bornent , en effet, leur ambition à prendre une connaissance superficielle de l'aliénation mentale (...) le plus souvent même la présence des internes pendant le jour fait défaut, entraînés qu'ils sont par des études d'un autre genre (...). Ils sollicitent sans cesse leur changement."

Le choix des internes par le médecin chef et le directeur comportait donc des écueils certains.

La voie de l'internat des hôpitaux de Paris en comportait d'autres.

C'est pour pallier à ces divers inconvénients que fut créé en 1880 le concours pour l'internat en médecine dans les asiles publics d'aliénés de la Seine. Il faisait suite à un voeu émis par le Conseil Général de la Seine dans sa séance du 16 Février 1878.

L'arrêté lui donnant naissance est un arrêté préfectoral datant du 8 Mars 1880. L'article premier décrétait :

"Il sera ouvert chaque année à Paris au mois de Novembre,un concours public pour la nomination aux emplois d'internes en médecine dans les asiles d'aliénés de la Seine ".

Il est à noter l'apparition de la dénomination interne en médecine au lieu de celle d'élève interne.

Le concours devait être annoncé un mois à l'avance par voie d'affiche. Les candidats devaient être âgés de moins de trente ans et avoir passé avec succés le premier examen de doctorat. Les docteurs en médecine n'étaient pas admis à concourir.

Les autres conditions administratives étaient la présentation d'un acte de naissance et d'un certificat de "bonne vie et moeurs".

La liste des candidats était close quinze jours avant l'ouverture du concours.

L'article 4 définissait la composition du jury constitué de sept membres, à savoir :

"Un tiré au sort parmi les médecins des hôpitaux.

Un tiré au sort parmi les chirurgiens des hôpitaux.

Cinq tirés au sort parmi les chefs de service ci-après désignés :

1 - le médecin en chef de l'asile de Ville Evrard.

2 - le médecin en chef de l'asile de Vaucluse

3 - les trois médecins en chef de Saint-Anne.

4 - Le professeur de pathologie mentale de la Faculté de Médecine de Paris.

5 - les médecins des quartiers d'aliénés et des hospices de Bicêtre et de la Salpétrière.

6 - les médecins honoraires des asiles du département et des quartiers de Bicêtre et de la Salpétrière."

Sur sept membres deux seulement n'étaient pas psychiatres ce qui d'emblée, cautionnait le caractère de spécificité du concours, caractère encore renforcé par la composition des épreuves :

"Une composition écrite de trois heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux.

Il sera accordé trente points pour cette épreuve. Elle pourra être éliminatoire si le nombre des concurrents dépasse le triple des places vacantes.

Une épreuve orale de quinze minutes sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe après quinze minutes de préparation.

Il sera attribué vingt points à cette épreuve."

L'arrêté prévoyait la nomination d'internes provisoires en nombre égal à celui des internes titulaires. La durée des fonctions d'interne titulaire était de trois ans, celles d'interne provisoire d'un an. Les internes ne pouvaient rester plus de deux ans dans un même service.

Le premier concours eut lieu le 26 Avril 1880.

Cependant, dès 1881 des modifications étaient apportées à cet arrêté pour les premiers articles. Le concours devait être annoncé trois mois à l'avance et "une annonce doit être faite dans les principaux journaux politiques". Les candidats devaient être pourvus de douze inscriptions.

> "L'organisation du concours pour le recrutement des internes des asiles de la Seine a été un grand progrès ; mais, nous le montreront, le point de vue auquel on s'était placé était radicalement erroné".

Cette citation de P. Sérieux exprime tout à la fois l'apport positif et les imperfections de ce concours.

L'apport positif c'est la suppression du choix individuel par l'intermédiaire des médecins chefs ; c'est l'égalisation des chances pour tout candidat.

Pour les imperfections, nous relèverons en premier lieu celles déjà formulées avant 1880 : manque de motivations de la part des candidats, études médicales encore peu avancées, permutations trop fréquentes au sein des services.

> "L'organisation actuelle a pour conséquence d'ouvrir les portes des asiles d'aliénés à des élèves, qui, pour cette double raison qu'ils sont habituellement au début de leurs études médicales, et qu'ils n'ont point l'intention de se vouer à la spécialité ne peuvent être utilisés comme l'éxigeraient le bien des malades et l'intérêt de la science." (P. Sérieux).

Il s'en suivait que les médecins chefs des asiles prenaient l'habitude de se priver du concours des internes.

Au delà des critiques P. Sérieux propose un nouveau projet pour l'internat des asiles de la Seine.

Le principe du recrutement par concours n'est pas discuté. La fusion avec l'internat des hôpitaux de Paris est par contre rejettée : "Le concours de l'internat des asiles doit rester un concours spécial."

L'originalité de la proposition concerne avant tout l'exigence de seize inscriptions minimum et la limitation des fonctions d'interne à 2 Ans seulement. A l'expiration de leurs fonctions les internes qui auraient soutenu leur thèse pourraiant être nommés assistants pour une période d'une année. Cette période pourrait être prorogée d'années en années pendant quatre ans en tout.

Au cours de la première quinzaine de chaque mois de novembre, les chefs de service se réuniraient afin de dresser la liste des internes proposés à l'Administration pour devenir assistants et celles des assistants proposés pour être maintenus en fonction.

Dans une optique similaire, Monsieur Doutrebente suggérait dans son rapport au congrès de Toulouse en 1897 que les internes soient nommés par suite de concours régionaux entre les docteurs en médecine ou des étudiants ayant terminé leurs études de médecine générale.

En réponse à toutes ces propositions, un arrêté du préfet de la Seine datant du 15 Novembre 1900 adopte l'exigence de seize inscriptions, la possibilité de prolonger l'internat d'une quatrième année pour ceux qui auront passé leur thèse et d'une cinquième année pour ceux qui auront passé avec succés le concours de l'adjuvat.

Une circulaire préfectorale du 25 Octobre 1902 spécifie les conditions de prorogation.

"La demande prorogation doit faire l'objet d'un "rapport détaillé pour chaque interne et établir ses titres, ainsi que l'intérêt scientifique

qui s'attache pour lui à ce qu'il soit maintenu en service une quatrième ou une cinquième année".

Si ces textes préfectoraux ne comblent pas tous les voeux émis, ils répondent du moins à l'essentiel des demandes.

Le candidat doit être désormais plus avancé dans ses études et la prolongation de l'internat à cinq ans ne peut se faire que par la voie d'un choix dans la carrière d'aliéniste, puisqu'il faut avoir passé l'adjuvat.

Il n'en reste pas moins que la notion d'assistant (issue de l'association des internes et anciens internes des asiles de la Seine) n'est pas reprise et que l'idée de régionalisation des concours suggérée par Monsieur Doutrebente ne sera entendue que .... 56 ans plus tard.

La notion même de concours pour le recrutement des internes d'asiles d'aliénés est loin d'être généralisée. Après celui de la Seine, on voit apparaître des concours dans les asiles situés dans les villes universitaires. Les autres conservent la nomination au choix.

Ce n'est qu'en 1938 avec le nouveau règlement intérieur des hôpitaux psychiatriques que le concours est imposé à tout établissement.

Les modalités de ce concours sont fixée par arrêté préfectoral après avis du Directeur et des Médecins chefs de service ; la seule obligation étant la participation de médecins de l'établissement au sein du jury. Le Minimum de seize inscriptions est exigé, "sans distinction de sexe" est-il précisé mais les candidats doivent être de nationalité française.

Cette notion de nationalité française existait déjà de façon implicite lors de la création de l'internat des asiles de la Seine, puisque peu après 1880 un texte précisait les modalités d'accession au concours pour les étudiants de nationalité étrangère. Par contre, pour prendre part au concours de l'internat de Charenton, les candidats devaient être français ou nationalisés français ainsi que le précise l'offre d'appel de 1907 pour le concours du 28 Mai de la même année.

Quant à la distinction de sexe, si la discrimination n'avait jamais été clairement énoncé, il n'en restait pas moins qu'être interne et de sexe féminin n'était pas toujours facile.Le précédent de l'internat des hôpitaux de Paris lors de la présentation d'une femme au concours permet d'en témoigner. Le règlement de 1938 officialise donc la possibilité pour les femmes d'être internes dans les Hôpitaux Psychiatriques.

Partout en France, après 1938, les internes en médecine des Hôpitaux Psychiatriques sont donc recrutés par concours organisés au niveau de chaque établissement.

La régionalisation n'apparaîtra qu'avec l'arrêté ministériel du 20 Février 1953 mais ne sera pas d'emblée totale puisqu'elle ne concernera que le recrutement des internes en cours de scolarité titulaires d'au moins seize inscriptions validées.

Le décret du Ministère de l'Education Nationale du 21 Mars 1951, précisait que les internes nommés au concours des hôpitaux psychiatriques inscrits sur une liste (fixée par arrêté conjoint du Ministre de l'Education Nationale et du Ministre de la Santé Publique et de la Population) étaient dispensés des stages afférents aux cinquième et sixième années d'études.

L'arrêté du 20 Février 1953 modifie donc l'article 101 du règlement intérieur de 1938 relatif au recrutement des internes.

Désormais, deux éventualités sont envisagées.

Pour les étudiants ayant terminés leur scolarité, les modalités sont identiques à celles de 1938.

Par contre, les étudiants en cinquième ou sixième année ne peuvent être nommés internes qu'après un concours régional.

Ce concours a lieu chaque année, dans chaque région sanitaire pour l'ensemble des Hôpitaux Psychiatriques inscrits sur la liste notifiée précédemment. Il comporte des épreuves écrites anonymes et des épreuves orales.

Les premières consistent en une question d'anatomie et de physiologie du système nerveux et une question de pathologie interne et de pathologie externe.

Les secondes portent sur la conduite à tenir en présence d'un cas urgent de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique.

Deux dérogations permettent cependant le recrutement d'internes en cours de scolarité par des voies différentes.

La première concerne les sociétés ou congrégations gérant plusieurs hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction d'établissements publics. Elles peuvent être autorisées à organiser un concours commun à leurs établissements dans des conditions qui doivent être approuvées par le Ministère.

La seconde concerne les Hôpitaux Psychiatriques qui recrutaient leurs internes en cours de scolarité par le moyen d'un concours commun à des hôpitaux et hospices habilités à recevoir des étudiants dispensés des stages de cinquième et sixième année.

Ces hôpitaux sont autorisés à conserver leur mode particulier de recrutement.

La régionalisation du concours, bien que parcellaire existe donc dès I953. Dix ans plus tard, elle va devenir règle générale.

Un arrêté du 13 Novembre I963 supprime les distinctions et les dérogations de l'arrêté de I953.

Désormais, tout interne en médecine des Hôpitaux Psychiatriques est recruté par concours régional dans chaque circonscription sanitaire. Les épreuves sont semblables à celles envisagées en I953 pour le recrutement d'internes en cours de scolarité.

En I938, le concours était local et les épreuves non définies, en I963, le concours est régional et les épreuves bien codifiées.

De l'évolution du recrutement des internes en psychiatrie, on doit surtout retenir l'amélioration et la normalisation de l'organisation des concours ainsi qu'une exigence plus grande dans l'avancement des études médicales.

Jamais la poursuite d'une spécialité concomitante n'est demandée ni même évoquée.

La scission de la neurologie et de la psychiatrie va introduire au niveau de l'internat en psychiatrie l'obligation d'un cursus universitaire en l'occurence le certificat d'études spéciales de psychiatrie.

C'est le 30 Mars I949 que fut créé le certificat d'études spéciales de neuropsychiatrie.

Comme tous les certificats d'études spéciales (C.E.S.) il était né sous la pression d'une nécessité budgétaire qui devait définir le droit à des honoraires particuliers pour des praticiens considérés comme spécialistes en vue d'un remboursement par la Sécurité Sociale (Crée en I945).

Cette nécessité budgétaire a eu pour conséquence la reconnaissance d'un statut officiel de spécialiste et comme corollaire l'organisation de la formation de ces spécialistes.

L'organisation des études de neurologie et de psychiatrie était commune dans le domaine universitaire.

Sur le plan hospitalier, les modes de formation pouvaient être très différents.

La classique opposition entre faculté et hôpital était ici particulièrement flagrante.

La réforme de 1958 visant à la création d'institutions hospitalo-universitaires n'avait eu que peu de répercussions sur la formation des psychiatres. L'internat des Hôpitaux Psychiatriques, lieu de formation de bon nombre d'entre eux n'était que très rarement reconnu comme qualifiant (sept seulement pour un total de plus de cent).

Ce n'est qu'après l'arrêté du 30 Décembre 1968 portant création de certificats distincts de neurologie et de psychiatrie que le C.E.S. et l'internat vont être étroitement intriqués.

Cet arrêté précise que les études du C.E.S. ont une durée de quatre ans dont une année probatoire. Le certificat est délivré aux étudiants justifiant de quatre années de fonctions hospitalières de responsabilité dans des services psychiatriques habilités.

L'internat n'est donc pas une obligation pour le cursus psychiatrique universitaire.

Par contre, à partir du 26 Septembre 1969 les internes ne sont recrutés que parmi les candidats ayant achevé avec succès l'année probatoire du certificat d'études spéciales de psychiatrie.

Ces internes sont désormais dénommés internes en psychiatrie et non plus internes en médecine.

Nous sommes donc bien au-delà des seizes inscriptions du concours précédent puisque pour se présenter, le candidat doit avoir terminé ses études médicales et obtenu sa première année de C.E.S.

Toutefois, l'arrêté dans son article IO bis prévoit qu'à titre transitoire les étudiants ayant validé le deuxième cycle d'études médicales peuvent s'inscrire en première année d'étude en vue du certificat et valider simultanément le stage pratique de fin d'études médicales. Cette dérogation transitoire pour les années I97I-I972, I972-I973 et I973-I974 a été prorogée pour l'année I974-I975.

La composition du concours était définie comme suit :

> "Compte rendu par le candidat de trois examens cliniques de malades mentaux effectués par trois psychiatres désignés par le jury. Les psychiatres chargés des examens doivent s'abstenir de donner les précisions susceptibles d'orienter les candidats sur le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique.
>
> Les examens de malades sont effectués devant l'ensemble des candidats où leur sont retransmis après enregistrement sur film ou sur magnétoscope. Les candidats sont autorisés à prendre des notes au cours des examens de malades ou de leur retransmission.
>
> Les examens de malades sont immédiatement suivis par la rédaction par les candidats de leur compte rendu.

Si les examens sont effectués successivement et sans discontinuité, la durée de la rédaction accordée aux candidats est de deux heures au total. Si chaque examen de malade est suivi d'une séance de rédaction, la durée de celle-ci est fixée à quarante minutes.
Le compte rendu des candidats doit comporter notamment, pour chaque cas, une discussion sur le diagnostic, l'établissement d'un pronostic et la détermination éventuelle d'une thérapeutique."

Ces modalités de concours ne devaient être que transitoires puisque l'article 14 de l'arrêté prévoyait :

"Qu'à partir du 1er Avril 1970, les internes titulaires en psychiatrie seront recrutés, par concours comportant des épreuves de psychiatrie, de pathologie neurologique et de neuropsysiologie, parmi les candidats ayant achevé avec succès l'année probatoire du certificat d'études spéciales de psychiatrie. Ce concours sera organisé dans des conditions qui seront déterminées par arrêté interministériel."

En fait, cet arrêté n'a jamais vu le jour, et le concours de l'internat a été prorogé dans sa forme unitiale de 1969 par l'arrêté du 8 Juin 1972 avec cependant une modification quant à la composition de l'examen. Désormais deux formes sont possibles. Celle des examens cliniques inaugurés en 1969 et l'autre consistant en l'étude de deux dossiers médicaux concernant les malades atteints d'une affection psychiatrique.

Nomination par choix en I857, concours dans la Seine en I880, concours généralisé en I938, régionalisation partielle en I953 puis totale en I963.

Scission de la psychiatrie et de la neurologie en I968, exigence de la validation de l'année probatoire en I969.

Telles sont résumées de façon kaléidoscopiques les étapes de l'évolution du recrutement de l'internat des Hôpitaux Psychiatriques.

Nous voudrions pour conclure ce chapitre insister sur ce qui nous semble être les deux lignes de force de ce processus évolutif.

En premier lieu l'exigence d'un niveau d'études médicales de plus en plus élevé. Dix inscriptions en I857 (c'est-à-dire deux ans et demi), toutes les inscriptions en I969. En second lieu la spécificité toujours plus grande des épreuves composant le concours.

De l'élève interne accomplissant un stage, nous sommes parvenus à l'interne médecin se spécialisant en psychiatrie. Entre les deux, une différence tout à la fois totale et infime. Totale pour ce qui est de recrutement que nous avons étudié, infime, pour les attributions statuaires, que nous allons maintenant aborder.

EVOLUTION DES ATTRIBUTIONS.

L'étude de l'évolution des attributions de l'interne en psychiatrie est relativement aiséepuisque les textes de base sont au nombre de trois ; à savoir les sections XIII des règlements intérieurs des Hôpitaux Psychiatriques de I857, I938 et I963.

Le règlement de I857 est le premier règlement intérieur national comme nous l'avons déjà signalé.

Celui de I938 est une refonte globale.

Par contre, le texte de I963 est une modification isolée concernant la section XIII.

Il faut adjoindre à ces trois sources, l'arrêté du 26 Septembre I969 qui ne concerne que les trois premiers articles de la section XIII.

A partir du règlement de I857 dont nous avons cité les articles relatifs aux internes, nous allons analyser au travers des textes de I938, I963 et I969 le devenir des principales attributions de ces internes.

En premier lieu, nous évoquerons la situation hiérarchique médicale de l'interne.

En I839 l'ordonnance déjà mentionnée exprimait que les élèves internes étaient sous l'autorité du médecin chef.

En I857 l'article 57 stipulait que le service médical était placé sous l'autorité du médecin chef et l'arrêté 88 précisait que ces élèves internes secondaient le médecin chef et le médecin adjoint.

En I938 les deux notions sont réunies dans l'article 102 :"les internes en médecine secondent le médecin chef de service sous l'autorité duquel ils sont placés".

En I963 la formulation se nuance. Désormais les internes en médecine assument dans le service où ils sont affectés les tâches qui leur sont confiées par le médecin chef de service.

Il est à souligner l'apparition explicite du terme service, trois ans après la parution des textes instituant en France la politique de secteur (15 Mars I960).

Dans ceux-ci d'ailleurs, à aucun moment il n'est question des internes.

Ce n'est qu'en I969 que l'interne se voit chargé d'assumer les tâches confiées par le médecin chef de service à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique ou dans les institutions de lutte contre les maladies mentales du secteur considéré.

C'est également en I969 comme nous l'avons vu que le candidat doit avoir terminé son cursus médical pour postuler au concours de l'internat des hôpitaux psychiatriques. Les deux faits sont étroitement liés.

Leur parution est d'ailleurs simultanée le 26 Septembre I969.

Après l'étude ce ce que nous pouvons considérer comme l'expression de l'orientation globale du rôle de l'interne, nous allons nous attacher à l'analyse plus détaillée des attributions.

Le règlement de I857 prévoyait un service quotidien et un service périodique.

Le service quotidien était défini par l'article 9I déjà cité. Il comprenait l'assistance à la visite du matin, la tenue des divers cahiers, la rédaction des observations individuelles et les pansements.

En I938, en plus de la visite quotidienne l'interne devait, si il y avait lieu, assister le médecin chef à sa consultation externe. La contre visite du soir auparavant imposée à l'interne de garde fait partie dorénavant des tâches journalières.

Le reste des attributions est strictement indentique y compris les pansements.... qui ne disparaîtront qu'en I963 ; date à laquelle intervient une innovation assez laconique tant dans sa formulation que dans son contenu :

"les internes sont tenus de participer aux activités du service conformément aux prescriptions du médecin chef de Service".

Autre prérogative nouvelle, la possibilité de prescrire les ordres nécessaires se rapportant aux soins à donner aux malades en l'absence du médecin chef de service ou du médecin non chef de service. Par contre, il est précisé dans l'article suivant que les internes doivent rendre compte de leur activité au médecin chef de service dans lequel ils sont affectés.

Toutes les fois qu'un interne a connaissance "d'un incident grave", il est tenu d'en faire avertir immédiatement le médecin chef de service.

Le reste est toujours identique : les observations, les divers cahiers, la contre visite.

En 1969 l'arrêté du 26 Septembre à l'avantage de la simplicité. Les articles 103.1 , 103.2 et 103.3 de 1963 sont remplacés par une seule phrase :

"Les internes en psychiatrie titulaires et suppléants assument dans le service dans lequel ils sont affectés les tâches qui leur sont confiées par le médecin chef de service à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique ou dans les institutions de lutte contre les maladies mentales du secteur considéré".

Ceci, pour le service quotidien.

Quant au service périodique, il est régi dès 1857 par trois articles contre un seul pour le service journalier. Ce sont les articles 92, 93 et 94 énoncés par ailleurs.

Chaque interne est chargé à tour de rôle de ce service périodique comprenant les gardes de vingt quatre heures, l'administration des médicaments dangereux et des prescriptions qui ne peuvent être confiées aux infiemiers, l'assistance à la visite du soir et la constatation des décès.

L'administration des douches fait partie de la tâche de l'interne, ainsi que la surveillance des bains d'affusion mais la prescription lui en est formellement interdite.

En 1938, l'administration de cette thérapeutique et l'interdiction de la prescrire ne sont plus mentionnés dans la section XIII mais apparaissent dans la section IX concernant le médecin chef de service:

> "Le médecin chef de service règle la thérapeutique et a seul, qualité pour prescrire les bains et douches de traitement".

Une responsabilité nouvelle est assignée à l'interne de garde en 1938 : il est appelé à recevoir les entrants et à donner les premiers soins aux malades, mais il lui est interdit de pratiquer des interventions ou de formuler les prescriptions qui sont exclusivement réservées au médecin.

Cette nouvelle fonction est maintenue en 1963 mais l'interne doit rendre compte par écrit au médecin chef intéressé de l'examen effectué et des soint prescrits, sauf en ce qui concerne son propre service.

Ce qui précède concerne le contenu médical du service périodique, mais les modalités de son organisation sont également formulées.

En 1857 il n'est pas précisé qui assume l'établissement du calendrier des gardes.

On sait par contre qu'un interne ne peut se faire remplacer par un autre interne que sur autorisation écrite du médecin en chef, approuvée par le directeur.

Sous aucun prétexte il ne peut sortir de l'enceinte de l'établissement et il doit séjourner dans la salle de garde ou dans sa chambre en fonction d'horaires précis. Si il vient à sortir de l'un de ces lieux, il doit indiquer où il s'est rendu sur un tableau destiné à cet effet.

Ce tableau existe toujours en 1938.

Il n'est plus mentionné en 1963 mais on voit alors apparaître "l'agent préposé au standard téléphonique" qui doit pouvoir joindre l'interne chaque fois que nécessaire.

En 1938 le tableau des jours de garde semble laissé à l'initiative des internes, mais doit être approuvé par les médecins chefs et soumis au visa du directeur :

> "Le tableau des jours de garde des internes, approuvé par les médecins chefs de service soumis au visa du directeur, est établi mensuellement et affiché à la salle de garde et au secrétariat de la direction.
> Toute modification au tour de garde ou tout remplacement doit être autorisé par les médecins chefs de service."

Les remplacements entre internes ne doivent plus être soumis à l'approbation du directeur.

Cette légère libéralisation ne dure pas bien longtemps puisqu'en 1963 le tableau des jours de garde est établi mensuellement par le directeur après avis des médecins chefs de service.

L'avis des internes n'est pas sollicité mais l'original du tableau de garde doit être revêtu de leurs signatures.

Contrairement au texte de 1938 quand l'interne de garde se fait remplacer ce ne sont plus les médecins chefs de service qui doivent procurer l'autorisation mais le directeur, à condition que la demande soit faite vingt quatre heures à l'avance et que l'interne remplaçant procure un engagement écrit.

Service quotidien, service périodique, l'obligation pour l'interne d'assumer ces deux tâches ne peut donner un reflet de l'astreinte qu'elles imposent qu'en évoquant le nombre de ces internes.

En 1857 l'article 52 précisait que chaque service comportait un ou plusieurs élèves internes.

En 1938 leur nombre devait être au moins égal à celui des médecins chefs de service.

En 1963 chaque service devait comporter au moins deux postes d'interne et quand le nombre des internes dans l'ensemble de l'établissement était inférieur à quatre toutes dispositions particulières devaient être prises pour limiter la durée du service de garde aux seules périodes indispensables des vingt quatre heures.

En 1969 le nombre des postes minimum par service passe de deux à trois.

En fonction de l'importance de l'hôpital les astreintes imposées à l'interne peuvent donc varier considérablement surtout en ce qui concerne le service périodique. Entre quatre internes et une vingtaine la différence est énorme.

Dans la partie concernant le recrutement des internes nous avions évoqué la durée de l'internat.

Elle était en 1857 de trois ans et une prolongation pouvait être accordée par le Préfet sur la demande du directeur et du médecin chef.

Sur un plan plus local, à Paris, nous avons vu que l'arrêté préfectoral du 15 Novembre 1900 permettait la prolongation d'une quatrième année aux seuls internes ayant passé leur thèse et d'une cinquième année à ceux ayant présenté avec succès le concours d'adjuvat.

En 1938, la prolongation d'une quatrième année et même à titre exceptionnel d'une cinquième année pouvait être accordée aux internes candidats au concours du médicat des Hôpitaux Psychiatriques.

En 1963 la prolongation d'un ou de deux ans n'est plus assujettie à la présentation d'un concours.

Dès 1857 il est admis que l'interne peut passer son doctorat en médecine pendant la durée de son internat.

Ceci marquait alors une différence avec l'internat des hôpitaux de Paris pour lequel pendant longtemps les internes ne pouvaient passer leur doctorat avant la fin de leur fonction.

Nous avons vu dans le chapitre précédent que le concept d'interne était issu de l'obligation de résider à l'intérieur de l'hôpital.

Aussi le règlement de 1857 surprend-il quelque peu en ne notifiant aucunement cette notion.

Mais en 1938 l'article 109 est formel :

"Les internes sont tenus de résider dans l'établissement".

Le texte de 1963 nuance l'obligation. Les internes sont logés par nécessité absolue de service. Les logements, qui sont meublés, sont répartis entre les internes par le directeur, après consultation des internes et en tenant compte des charges de chacun des intéressés. Les internes sont nourris, chauffés, éclairés et blanchis par l'établissement. Le conjoint et les enfants d'un interne peuvent recevoir les mêmes avantages contre remboursement.

D'autres textes prévoient dès lors pour les internes non logés des indemnités.

La rémunération des internes n'apparaît au niveau du règlement intérieur qu'en 1963.

Elle est fixée par le Ministre de la Santé Publique et de la Population et le Ministre des Finances et des Affaires Economiques.

De plus, les établissements peuvent participer suivant des modalités fixées par le Préfet, après avis de la commission de surveillance, aux frais de déplacement des internes pour suivre l'enseignement au centre hospitalier universitaire.

Si le règlement intérieur ne notifiait pas auparavant la rémunération des internes, il n'en restait pas moins que ceux-ci percevaient un salaire.

Ainsi un arrêté préfectoral du 10 Novembre 1868 fixe le traitement des internes titulaires de l'asile d'aliénés de Vaucluse à sept cents francs (celui du médecin directeur était de huit mille francs).

Si les internes étaient payés, il leur était par contre formellement interdit de faire de la clientèle soit en dehors, soit à l'intérieur de l'établissement.

Avec cette clause apparue en 1938 il est simultanément signifié que les fonctions d'interne sont incompatibles avec celles de chef de clinique, d'interne des hôpitaux, hospices ou autres établissements hospitaliers.

En 1963 la formulation prend une tournure différente :

> "Les fonctions d'interne sont exclusives de toute autre fonction. Sans préjudice des conditions réglementaires concernant le remplacement de médecin, aucun interne qu'il soit ou non docteur en médecine ne peut faire de remplacement si ce n'est au cours de congés réguliers".

Cette étude de l'évolution des attributions imposées aux internes des hôpitaux psychiatriques ne peut être close sans l'étude corollaire des sanctions disciplinaires prévues lors de la transgression de ces obligations.

En 1857 l'article 55 résumait ces sanctions alors réduites à la révocation demandée au Préfet par le médecin en chef ou le directeur avec intervention de la commission de surveillance.

En 1938 le règlement est à la fois plus détaillé et nuancé.

Quand une faute est imputable à l'interne le directeur en saisit le conseil de discipline, soit de sa propre initiative, soit sur la demande du médecin chef intéressé.

Ce conseil de discipline est composé du directeur, de tous les médecins chefs de service, d'un membre de la commission de surveillance et d'un délégué du Préfet.

L'interne peut avoir en temps utile communication de son dossier et des griefs invoqués contre lui. Après avoir entendu l'intéressé, le conseil de discipline propose au Préfet l'application d'une peine disciplinaire conformément à l'échelle des peines.

Le Préfet prend alors une décision motivée qui ne peut en aucun cas comporter une peine plus sévère que celle proposée par le conseil de discipline.

Si la révocation est prononcée, le Préfet doit en aviser immédiatement le Ministre de la Santé Publique.

En 1963 la partie du règlement concernant ces sanctions disciplinaires s'est considérablement étoffée et ne comporte pas moins de cinq articles que nous reproduisons ici :

> Article 110-1 :
> Un conseil de discipline chargé de donner son avis sur les sanctions disciplinaires encourues par les internes est composé comme suit :
> l'inspecteur divisionnaire de la santé, président ;
> Deux médecins chefs en fonctions dans les autres hôpitaux psychiatriques de la région sanitaire désignés par voie de tirage au sort;
> Deux représentants des internes désignés par voie de tirage au sort parmi les internes titulaires en fonction dans les autres hôpitaux psychiatriques de la région sanitaire.

Ne peuvent faire partie du conseil de discipline les personnes qui ont un lien de parenté en ligne directe ou en ligne collatérale, jusqu'au quatrième degré compris, avec l'interne contre lequel est intentée une action disciplinaire.

L'inspecteur divisionnaire de la santé désigne le rapporteur choisi suivant la nature des griefs formulés entre le directeur de l'hôpital psychiatrique et le médecin chef de service.

Article 110-2 :

Le Préfet saisit le conseil de discipline soit sur le rapport du directeur, soit sur celui du médecin chef de service.

Il prononce éventuellement la suspension provisoire de l'intéressé.

Article 110-3 :

Les sanctions disciplinaires comprennent :

1° - l'avertissement ;

2° - le blâme, avec inscription au dossier ;

(ces sanctions sont prises par le Préfet, sans qu'il y ait lieu de réunir le conseil de discipline).

3° - l'exclusion temporaire de fonctions, d'une durée pouvant aller jusqu'à six mois ;

4° - la révocation pure et simple ;

5° - la révocation avec exclusion, à temps ou à vie, de toute fonction dans un établissement hospitalier public.

Les sanctions prévues aux paragraphes 3°, 4° et 5° sont prises après avis du conseil de discipline.
L'arrêté préfectoral qui prononce la sanction prévue au paragraphe 5° du présent article est exécutoire, sous réserve de l'approbation du ministre de la santé publique et de la population.

Article 110-4 :

L'interne contre lequel est intentée une action disciplinaire doit être avisé au moins quinze jours à l'avanee, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, de la date de sa comparution devant le conseil de discipline. Il doit avoir communication en temps utile de son dossier et des griefs invoqués contre lui.
Il peut présenter devant ledit conseil des observations écrites ou verbales, citer des témoins et se faire assister d'un défenseur de son choix.
Dans tous les cas, la peine ne peut être prononcée qu'après que l'intéressé a eu la possibilité de présenter sa défense.

Article 110-5 :

Après délibération, le conseil de discipline donne son avis au Préfet sur la sanction disciplinaire prévue à l'article 110-3 ci-dessus qu'il convient éventuellement de prononcer.

Avec ces articles concernant l'aspect disciplinaire nous terminons le chapitre consacré à l'interne en psychiatrie envisagé sous l'angle du statut, historique et actuel.

Nous allons dans la conclusion tenter de faire une très courte analyse critique tout à la fois de l'évolution et de l'état actuel de ces statuts.

C O N C L U S I O N

Entreprendre une analyse critique de l'évolution du statut de l'interne en psychiatrie nécessiterait bien d'autres analyses concomitantes. Entre autres celle de l'évolution du statut des autres membres de l'institution soignante (en particulier celui du médecin chef et celui de l'infirmier) et celle de l'évolution de l'hôpital psychiatrique et de ses méthodes thérapeutiques.

Une telle entreprise nécessiterait aussi l'étude corollaire de l'évolution du rôle de l'interne précisant les rapports de réciprocité entre statut et rôle.

Aussi plutôt qu'une analyse détaillée, les quelques lignes qui vont suivre n'ont d'autres prétentions que de dégager les traits majeurs d'un processus évolutif afin de mieux comprendre les statuts actuels de l'interne en psychiatrie et de mieux situer les perspectives d'avenir.

Le concept d'interne est né d'une nécessité: celle de disposer à tout moment d'un médecin à l'intérieur de l'hôpital.

Il s'est affermi et officialisé au travers d'une modalité particulière de transmission d'un savoir : l'enseignement clinique.

Et c'est la notion essentielle de ce concept : l'interne fournit un travail constitutif de l'élaboration de son enseignement.

Thérapeute responsable et élève. Contradiction inéluctable dans son essence mais variable dans son expression, c'est ainsi qu'apparaît la fonction de l'interne en psychiatrie au cours des temps. Et la variabilité de cette expression se traduit au niveau des statuts.

Elève, l'interne l'est tout autant en 1975 qu'en 1857. Cependant, le niveau de recrutement s'est considérablement amélioré.

Au début, étudiant en deuxième ou troisième année de médecine, l'interne a désormais terminé son cursus médical et validé une année de spécialité. La différence est importante et en cela, le processus me paraît extrêmement positif.

Parallèlement à ce niveau de recrutement, il faut souligner l'évolution des modalités de recrutement. En 1857, l'interne est nommé par le Préfet, sur présentation du médecin chef et du directeur de l'établissement. En 1880, le concours apparaît pour la première fois dans le département de la Seine. Il se généralisera peu à peu dans les villes universitaires et sera étendu à toute le France en 1938. Autre progrès, ce concours d'abord local va devenir régional : partiellement en 1953, totalement en 1963.

Avec l'évolution du niveau d'études, l'apparition du concours et sa régionalisation, le contenu de ce concours est la troisième caractéristique de l'évolution du recrutement. Dès 1880, la spécificité était reconnue par la présence, dans la composition des épreuves d'un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux. Spécificité qui n'a jamais cessé d'exister et qui s'est, au contraire, considérablement renforcée en 1969 par l'introduction d'examens cliniques de malades mentaux.

Si à la notion d'élève correspond l'évolution du recrutement, on peut associer à la notion de thérapeute l'évolution des attributions. Et ici, la progression est bien moins sensible.

Entre le texte de I857 et celui de I963, les différences sont minces et toujours secondaires. Seules nouveautés : la participation aux "activités du service" et la possibilité de prescrire les ordres nécessaires se rapportant aux soins à donner aux malades en l'absence du médecin chef de service, à condition d'en référer par la suite.

En I969, un changement important apparaît pour les attributions concernant le service quotidien (le service périodique demeure identique). A la description détaillée des obligations (visite, observations, cahiers, contre-visite, etc....) succède l'accomplissement"des tâches confiées par le médecin chef de service à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique ou dans les institutions de lutte contre les maladies mentales du secteur considéré". Changement important puisqu'il supprime - au niveau des statuts - des obligations vieilles de plus d'un siècle et introduit la notion de secteur.

Telle est donc l'évolution des statuts de l'interne en psychiatrie entre I857 et I969.

L'analyse des statuts actuels nous montre donc que l'interne en psychiatrie a terminé ses études de médecine et qu'il doit avoir effectué une année de C.E.S. de psychiatrie. Il y a donc un choix à faire et cet élément ma paraît capital. En effet, quelles que soient les motivations conscientes ou inconscientes de ce choix, il me semble positif qu'elles aient au moins l'avantage d'exister.

De par cette obligation de C.E.S. l'interne des hôpitaux psychiatriques n'est plus seulement somaticien, il est statutairement médecin, en devenir d'être psychiatre.

Du moins, les textes concernant le recrutement l'affirment-ils. Les articles au sujet des attributions quotidiennes sont par contre bien plus discrets puisque seule l'obligation d'accomplir les tâches fixées par le médecin chef de service est exprimée. Cela a l'avantage de pouvoir être interprété dans un sens libéral mais ce n'est qu'une probalité parmi d'autres.

Statutairement, la formation extra-hospitalière est donc bien peu définie, si ce n'est inexistante. L'article 108 du règlement de 1969 précisant que "les fonctions d'interne sont exclusives de toute autre fonction" n'interdit-il pas à l'interne tout travail dans des organismes semi-privés ? Organismes (C.A.T - I.M.P - I.M.P.R.O. - Foyers- etc..... dont on connait l'importance dans le cadre du programme de lutte contre les maladies mentales (importance explicitée dans la circulaire du 15 Mars 1960, concernant le secteur).

Il faut reconnaître que dans la réalité, le rôle assigné à l'interne est bien souvent différent de ces attributions et interdictions réglementaires. Mais, si cette différence instaurée par les habitudes présente un aspect induscutablement positif dans la pratique journalière, elle conserve cette caractéristique essentielle d'être interdite par le règlement intérieur des hôpitaux psuchiatriques.

Le statut actuel de l'interne en psychiatrie n'est donc pas fondamentalement différent du statut des anciens internes en médecine des hôpitaux psychiatriques. Le fait que l'internat intervienne plus tard dans les études et qu'il soit exclusivement réservé aux spécialistes en formation n'est aucunement pris en considération.

C'est pourquoi il me semble que le statut de l'interne en psychiatrie devrait être redéfini en tenant compte de l'évolution du recrutement et de la politique de Santé Mentale instaurée en France depuis 1960.

Mais peut-on redéfinir le statut de l'interne en psychiatrie sans envisager le statut des autres internes ?

-=-=-=-=-

B I B L I O G R A P H I E

d'ALLAINES C. - Histoire de la chirurgie
PUF 1967

AMZALAC J.C. - Réflexions sur l'enseignement de la médecine en France, des origines à la Révolution.
Thèse Paris 1967.

AUFFRET Ch. - L'enseignement de la médecine en France au 19è siècle.
Thèse Rennes 1963.

BARBIER F. - Historique du service d'admission de l'hôpital Sainte-Anne (1867 - 1967)
Thèse Paris 1969 n° 470

BARIETY M. et COURY Ch. - Histoire de la médecine
Paris Fayard 1963.

BARUK H. - La psychiatrie française de Pinel à nos jours.
PUF 1967.

de BEAUCHAMP A. - Enquêtes et documents relatifs à l'enseignement supérieur. XXVIII Médecine et Pharmacie, projets de lois recueillis et publiés.
PARIS, Imprimerie Nationale, 1888.

BEAUDOIN H. - Hôpitaux de Province, leurs internats en médecine.
Thèse méd. Paris 1912-1913 n° 2.

BODINAUD J. - Contribution à l'étude de l'enseignement et de la diffusion de la médecine en France au XVIIIè siècle
Thèse Rennes 1963.

BOLLOTTE G. - Les malades mentaux de I789 à I838 dans l'oeuvre de P. Serieux. Inform. Psychiat. I968 , 44 , 9

BOLLOTTE G. - Pinel et la réforme de l'enseignement de l'art de guérir. Inform. Psychiat. I970 , 46 , 7 , 657 , 668.

BOLLOTTE G. - Projets d'assustance aux malades mentaux sous la Restauration. Ann. Méd. Psychol. I966, I , 3 , 383 - 402.

BOLLOTTE G. ABIGORRE - Assistance aux malades mentaux de Paris de I789 à I838. Ann. Méd. Psychol. I966, II , 4 , 463 - 473.

BONDOIS P. - Un document sur les "gagnants-maîtrise" (XVIIIè siècle). Rev. d'hist. de la pharm. I937 - I938 , VI , 213-214.

BONNAFOUS-SERIEUX H.- Une maison d'aliénés et de correctionnaires au XVIIIè siècle : La charité de Senlis. Thèse méd. Paris I936.

BOUCHER L. - La Salpétrière - Son histoire de I696 à I790. Ses origines et son fonctionnement au XVIIIè siècle. I883.

BOUREL J. - L'asile Saint-Meen avant l'application de la loi de I838. Historique et étude des thérapeutiques. Thèse méd. Rennes I97I n° I022.

BRISSET Ch. - L'avenir de la psychiatrie en France.
Payot Paris 1972.

CABANES - La salle de garde.
Paris, Montagu, 1917.

CARRETTE P. - Tenon et l'assistance aux aliénés
à la fin du XVIIIè siècle.
Ann. méd. psychol. 1925, nov.

CARRETTE P. - François Doublet et la psychiatrie
au temps de Louis XVI.
Ann. méd. psychol. juillet 1926.

CHATAGNON P.A. - L'Ancien Régime et l'assistance
aux malades mentaux.
Ann. méd. psychol. 1960 , T.II,Octobre.

CORNU. - A l'hôpital il y a cent ans. L'Hôtel-
Dieu. Les compagnons chirurgiens et
externes.
Thèse Paris 1897.

COURY Ch. - L'Hôtel-Dieu de Paris : treize siè-
cles de soins, d'enseignement et
de recherche.
Paris, l'Expansion scientifique
Française 1969.

COURY Ch. - L'enseignement de la médecine en
France des origines à nos jours.
Paris, l'Expansion scientifique
Française 1968.

DAGONET - Traité des maladies mentales.
1862.

DAMAYE H. - Le médecin devant l'assistance et l'enseignement psychiatrique. Paris Maloine I922.

DAUMEZON G. - Légitimité de l'intérêt pour l'histoire de la psychiatrie. Inform. Psychiat. I968 , 44 , 9 , 8I7 - 820.

DAUMEZON G. - Essai d'historique critique de l'appareil d'assistance aux malades mentaux dans le département de la Seine depuis le début du XIXè siècle. Inform. Psychiat. I960, 36 ,I, P.5.

DELAUNAY P. - La vie médicale au XVIè et XVIIIè siècle.

DUMESNIL. CONSTANS. LUNIER. - Rapport sur le service des aliénés en I874. Analectes T.I et T.II.

DURAND-FARDEL R. - L'internat en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris. Centenaire de l'internat. I802 - I902 Paris steinheil I903.

EISSEN J. - L'asile français de Stephansfeld Thèse méd. Paris I9I4.

ESQUIROL. - Des établissements des aliénés en France et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés. Mémoire présenté à son excellence le Ministre de l'Intérieur en Septembre I8I8. Paris Huzard I8I9.

FERRUS. - Des aliénés : considérations sur l'état des maisons qui leur sont destinées.
Paris I872.

FOUCAULT M. - Histoire de la folie.
Collection "IO-I8" - I96I.

FOUCAULT M. - Naissance de la clinique.
PUF. I972.

GENEVIEVE J.M. - Aperçus historiques sur l'aliénation et les techniques thérapeutiques.
Thèse méd. Lyon I966.

GIRARD et CAILLEUX - Etudes pratiques sur les maladies nerveuses et mentales.
Paris I863.

GOUGEROT et DOGNY - Les internes d'autrefois.
Aesculape I9I2 , 45-48.

GRESSOT M. - De l'histoire pour quoi faire ?
Inform. Psychiat. I968 , 44 ; 9 , 821-822.

HAMON G. - Contribution à l'étude de l'histoire de l'hôpital psychiatrique de Lehon.
Thèse méd. Rennes I97I.

HERAUD G. - Histoire d'une institution : l'internat des hôpitaux de Paris.
Thèse méd. Paris I952.

IMBERT J. - Les hôpitaux en France.
PUF I974.

LAUREN D. - L'internat d'aujourd'hui.
Presse médicale, 4 Oct. 1952,
1316-1317.

LEHALLE A. - Contribution à l'histoire de la médecine. La Maison de Charenton.
Thèse méd. Paris Pitié Salpétrière 1972.

MARTIN C. - Contribution à l'étude de la psychiatrie parisienne. Travaux de la société médicale des hôpitaux psychiatriques de la Seine.
Thèse méd. Paris Créteil 1972.

MASSOT D. - Contribution à l'étude de la psychiatrie dans l'ain au XVIIIè siècle et XIXè siècle.
Thèse Lyon 1970.

MEYLAN A. - L'infirmier des hôpitaux psychiatriques. Recherches sur ses origines et contribution à l'histoire de sa profession.
Thèse méd. Lyon 1966.

MIGNOT A. - Du retentissement de la réforme hospitalo universitaire sur la psychiatrie française.
Inform. Psychiat. 1960 , 36 , 311-313.

MOULET A. - Essai sur le statut du médecin hospitalier.
Thèse droit, Clermond Ferrand 1964.

MOUROUX R. - Contribution à l'histoire de l'hôpital psychiatrique de Bégard. Thèse méd. Rennes 1970.

PORTIER A. - L'enseignement médical à Paris de 1794 à 1809. Thèse méd. Paris 1943.

RAYMONDAUD M.H. - Les précurseurs des internes des hôpitaux de Paris. Thèse méd. Paris 1943

RAYMIER et BEAUDOUIN - L'assistance psychiatrique française. Troisième édition 1950.

ROCHAIX M. - Essai sur l'évolution des questions hospitalières de la fin de l'ancien régime à nos jours. Imp. Delavaud, Saintes, 1959.

SEMELAIGNE R. - Les pionniers de la psychiatrie française avent et après Pinel. Paris Baillère 1930.

SERIEUX P. - L'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse. Imprimerie Municipale Paris 1903.

SERIEUX et LIBERT - L'internat des asiles d'aliénés de la Seine, nécessité de sa réorganisation. Arch. de neurologie 1896, n° 2 et 3.

SIDA L. - Essai sur le statut général du personnel de l'hôpital public. Thèse droit Rennes 1962.

SOUBEIRAN. - Histoire de l'hôpital psychiatrique de Montdevergues. Thèse méd. Montpellier 1968.

SUTTER L.G. - Le non lieu du fou, essai sur le repérage pratique du fou au début du XIXè siècle.
Thèse méd. Paris Cochin Port-Royal I972.

TENON. - Mémoires sur les hôpitaux de Paris. I788.

VALLERY-RADOT P. - L'internat des hôpitaux de Paris après les cérémonies du cent-cinquantenaire.
Histoire de la médecine I952, Décembre 49-58.

VALLERY-RADOT P. - L'internat des hôpitaux de Paris Ses origines, son prestige.
La presse médicale, I9 Juillet I952.

VALLERY-RADOT P. - Deux siècles d'histoire hospitalière. I602-I836.
Paris, Paul Dupont, I947.

VERMOREL H. - Histoire de la psychiatrie.
Informat. Psychiat. I968 , 44 , 9, 8I3-8I6.

WIRIOT M. - L'enseignement clinique dans les hôpitaux de Parie entre I794 et I848.
Thèse Méd. Paris I970.

Anonymes :

. Loi de I838 : Discussion des députés et des pairs. analecte I972.

. Bulletins officiels du ministère de la Santé Publique.

"Par délibération de son conseil en date du 10 Novembre I972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées commepropres à leurs auteurs ".

VU, le Président de Thèse,

VU, le Doyen de la Faculté,

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université en
date du 14 Décembre 1973.

Le Président de l'Université de CAEN,